Ueber die

Operationserfolge bei Lippencarcinomen

an den

in den Jahren 1890 (seit Juli) bis 95 incl.

in der

Münchener Chirurgischen Klinik

operirten Fällen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johannes Pfennings, cand. med.

aus Aachen.



München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1896.



Ueber die

Operationserfolge bei Lippencarcinomen

an den

in den Jahren 1890 (seit Juli) bis 95 incl.

in der

Münchener Chirurgischen Klinik

operirten Fällen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johannes Pfennings, cand. med.

aus Aachen.



München.

Buchdruckerei von M. Ernst.

1896.

Referent:

Herr Professor **Dr. Angerer.**

Seinen teuren Eltern

in dankbarer Liebe

gewidmet

vom Verfasser.

Als in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts Ledran in den Denkschriften der Kgl. Akademie der Chirurgie zu Paris durch eine Arbeit nachwies, dass das primäre Carcinom eine völlig lokale Erkrankung ist und damit die seit anderthalb Jahrtausend herrschende Anschauung, nach der alle Geschwülste als eine Aeusserung der atra bilis Galens, einer fehlerhaften Säftemischung im Organismus, galten, über den Haufen warf, als ferner mit Beginn unseres Säkulums das Messer der Anatomen unter den Untersuchungsmethoden eine Hauptrolle zu spielen anfing und dann endlich in den 30er Jahren die deutschen Forscher Schleiden und Schwann mit ihrer Entdeckung der Pflanzen- und Thierzelle und bald nachher Virchow mit seinem „omnis cellula e cellula“ an die Oeffentlichkeit traten, da durfte man wohl erwarten, dass neues Licht auch in die Lehre von der Entstehung der Geschwülste spec. des Carcinoms dringen würde.

In der That haben sich auch seitdem die wissenschaftlichen Abhandlungen über diese für die Menschheit so unheilvolle Neubildung in einer ganz enormen Weise angehäuft.

Dass trotzdem bis heute strenggenommen noch keine einheitliche Hypothese über die Aetiologie des Krebses sich Anerkennung verschafft, noch keine, die in befriedigender Weise die essentielle Ursache desselben erklärt, beweist nur, dass die hierbei zu lösenden Fragen komplizirte und schwierige sein müssen.

Virchow's Keimstocktheorie, nach welcher die Krebszellen proliferirenden Bindegewebskörperchen ihre Entstehung verdanken sollten, sowie Cohnheims geistreiche Hypothese, der embryonalen Geschwulstanlagen, die die Ursache des Carcinoms, überhaupt der Geschwülste, in einem Fehler der embryonalen Anlage an der betreffenden Körperstelle erblickte, in gleichsam verirrten embryonalen Keimen, durch deren Wucherung die Neubildung entstände, haben zur Zeit sehr viel Aufsehen erregt und Anklang gefunden. Lassen sich doch namentlich mit der Letzteren verschiedene Thatsachen scheinbar sehr gut erklären, wie die Erblichkeit mancher Geschwülste in einzelnen Familien, das Auftreten derselben an bestimmten Körperstellen, die heterotopen Tumoren. Allein diese Theorien haben einer neuen und jetzt fast allgemein angenommenen, wie sie Thiersch und Waldeyer aufstellten, das Feld räumen müssen. Nach ihrer Lehre gehen die Krebszellen stets von präexistirenden Epithelien des Organismus aus, während das Stroma auf die bindegewebigen Bestandteile desselben zurückzuführen ist. Die entstehenden epithelialen Zellmassen, die, von Epithelzellen des Rete Malpighii oder von Drüsenacinis ausgehend, in das Nachbargewebe hineinwuchern, aber immer untereinander

wie mit den präexistirenden Epithelien in Zusammenhang stehen, bilden in den Organen Herde, Nester, Zapfen, die wir als Krebskörper oder Krebsfiguren bezeichnen. Das Stroma, welches die Lücken zwischen den Krebsfiguren ausfüllt, besteht theils aus im Organ vorhandenen, teils aus neugebildetem Bindegewebe. Die atypische Wucherung epithelialer Elemente macht also bei den Carcinomen das Wesentlichste aus; sie ist aber nur dann als Carcinom anzusprechen, wenn sie die Fähigkeit zeigt, unumschränkt zu wachsen und in das Nachbargewebe vorzudringen.

Erwähnt sei noch, dass es in neuerer Zeit auch nicht an Versuchen fehlt, einen infektiösen Ursprung des Krebses zu ergründen. Ist die Annahme einer Bakterieninfektion schon bald aufgegeben worden, so findet die Hypothese, dass die krebsige Neubildung durch Parasiten aus der Klasse der Protozoen bedingt sein könne, eine Reihe von Vertretern, die sich auf den Befund gewisser Einschlüsse in den Carcinomzellen stützen, deren morphologisches Verhalten an Protozoen erinnert, eine Deutung, die von anderer Seite jedoch Widerspruch erfahren hat.

Weshalb aber in dem einen Falle die atypische, das Organgewebe destruirende, epitheliale Wucherung eintritt, in dem andern nicht, weshalb überhaupt eine atypische und nicht eine typische Neubildung entsteht d. h. wodurch und unter welchen Bedingungen ein Krebs veranlasst wird, diese Fragen harren bisher noch der Lösung. Den Anstoss zur Epithelwucherung sucht die Irritationslehre, abgesehen von disponirenden Momenten, wie Geschlecht, Alter, Heredität, in Ge-

legenheitsursachen, traumatischen, chemischen, entzündlichen Prozessen.

Bevor wir nun dazu übergehen, diese Momente, soweit sie für unsern bestimmt lokalisirten Krebs, dem Carcinoma labii in Betracht kommen, bei unsern 32 Fällen in aller Kürze zu prüfen, möge folgende Zusammenstellung zunächst über die Häufigkeit der Lippenkrebse Aufschluss geben. Es wurden vom 1. Juli 90 bis 1. Januar 96 in der hiesigen Chirurg. Klinik 352 Krebsfälle operirt, die sich auf die verschiedenen Körperteile in den einzelnen Jahren, wie folgt, verteilen:

Tabelle I.

Sitz der Erkrankung	90 1.Jul.	91	92	93	94	95	Summa
Kopf und Gesicht m. A. der Lippen . .	—	4	7	6	10	16	43
Lippe	1	7	5	5	7	7	32
Mundhöhle	—	1	1	1	2	5	10
Oesophagus	1	2	2	4	—	4	13
Larynx	—	—	2	2	2	1	7
Mamma	9	24	22	23	28	32	138
Magen	2	3	1	4	5	10	25
Intestinalkanal . . .	1	2	—	2	2	7	14
Rectum	1	1	7	5	11	10	35
Harn- und Geschlechtsapparate	3	6	—	3	2	3	17
Andere	3	2	2	1	3	7	18

Summa: 352

Es betreffen demnach die Lippe 32 Fälle oder 9,99 %. Die Zahl ist kleiner als das Ergebnis anderer Zusammenstellungen. Lanzberg fand für die Er-

langer Klinik 12,7 $^0/_0$, von Winiwarter in seiner Carcinom-Statistik 12,22 $^0/_0$ aller Fälle.

Nur in 2 Fällen war die Oberlippe die erkrankte, was mit den bisherigen Erfahrungen über das seltene Auftreten des Krebses an dieser Stelle vollständig übereinstimmt. 29 mal waren die Kranken Männer, 3 mal Frauen, macht für letztere 9,37 $^0/_0$. Diese Prozentzahl ist höher als die anderer Statistiken. So fand Koch 8,965 $^0/_0$, von Bruns 7,273 $^0/_0$, Thiersch 4,166 $^0/_0$ und von Winiwarter nur 1,613 $^0/_0$. Wegen der geringen Anzahl der zur Verfügung stehenden Fälle darf man unserm Resultate wohl keine zu grosse Bedeutung zulegen.

Die Altersverhältnisse der Kranken bei der Aufnahme und bei Beginn der Erkrankung zeigen folgende Tabellen.

Tabelle II.

Es standen bei der Aufnahme

zwischen	25—35	Jahren	3	Kranke
„	36—45	„	—	„
„	46—55	„	11	„
„	56—65	„	8	„
„	66—75	„	10	„

Tabelle III.

Es trat das Leiden auf bei Personen

zwischen	25—35	Jahren	4	mal
„	36—45	„	2	„
„	46—55	„	9	„
„	56—65	„	10	„
„	66—74	„	7	„

Unsere Befunde in bezug auf Tab. II stimmen überein mit den Resultaten von Winiwarters, der ebenfalls die Jahre 45—55 als die am meisten betroffenen fand. Andererseits sehen wir, dass die Jahre 66—75, wie auch 56—65, in welchen Thiersch das Maximum der Kranken stehend fand, nur um einige wenige Fälle zurückbleiben, so dass wir zu dem Schlusse kommen, dass vor dem 45. Jahre sehr selten der Lippenkrebs zur Beobachtung gelangt, nach diesem Jahre aber häufig, ohne dass gerade bestimmte Jahre besonders bevorzugt sind. Dieses bestätigt auch vollkommen Tabelle III über das Alter beim Auftreten der Krankheit.

Diese Prädisposition des höheren Alters sucht Thiersch in der Verschiedenheit des Wachsthums des Epithels und Stromas. Er nimmt an, dass im alternden Organismus eine Steigerung der Proliferationsenergie des Epithels auf Kosten des veränderten Stromas eintrete, welches an Widerstand in dieser Zeit einbüsse. Ist ja auch Beweis für diese Ansicht die Thatsache, dass der Stand der Landleute, überhaupt solche Personen, die vorwiegend im Freien ihre Arbeiten zu verrichten gezwungen sind, bei weitem am häufigsten an Lippenkrebs erkranken, weil die unbedeckte Gesichtshaut bei denselben Wind und Wetter beständig ausgesetzt ist und dadurch eben ein frühzeitigeres Altern begünstigt wird. Dazu kommen noch die häufigen Insulte, denen die Lippe bei diesen Leuten ausgesetzt ist. Solche Verletzungen sind aber in diesem Stande um so gefährlicher, als hier erfahrungsgemäss die Reinlichkeit und Pflege der Haut viel zu wünschen übrig lassen und andererseits auf

die Heilung kleiner Schrunde, Borken etc. gar keine Sorgfalt verwendet, im Gegenteil durch sinnloses Aufkratzen und Abreissen der Borke die Haut im allerhöchsten Grade gereizt wird. Von unsern Patienten waren 10 Landleute, 8 Taglöhner, 2 Zimmerleute, 1 Maurer, 1 Hirte, 1 Geometer, 1 Gastwirt und Viehhändler, 1 Obsthändler, je 1 Viktualienhändler, Bureaudiener, Schneider, Bergmann, 2 Bäcker und 1 Pfründnerin. Rechnen wir die 8 ersten Berufsarten als zu der oben genannten Kategorie von Leuten gehörend zusammen, so finden wir dafür über 3/4 aller Fälle.

Als eine äussere Schädlichkeit, die Anlass zur Entwickelung der Neubildung bei einem so disponirten Individuum geben soll, ist seit langer Zeit an erster Stelle das Rauchen angeführt worden, und zwar wird sowohl dem mechanischen Druck beim Festhalten des Pfeifenmundstückes und der Cigarre mit den Lippen, wie auch der ätzenden Wirkung des Tabaksaftes Wert beigelegt. Spricht das häufige Vorkommen der Erkrankung bei Männern und das verschwindend kleine bei Frauen, sowie der fast ausschliessliche Sitz derselben an der Unterlippe für diese Ursache, so ist es auf der andern Seite doch sonderbar, dass das Leiden im Verhältnis zu der Masse von Rauchern so selten ist. Bei unsern Fällen hat das Rauchen jedenfalls keine grosse Rolle gespielt. Es rauchten nämlich nach ihren Angaben 4 Patienten stark, 8 nur wenig, 9 überhaupt nicht.

Bei den übrigen Patienten fehlt darüber eine Notiz. Dass ferner der Krebs fast ausnahmslos an der Stelle vorkommen soll, an der die Pfeife oder Cigarre mit der Lippe fast regelmässig gehalten wird,

nämlich zwischen Mundwinkel und Mitte der Lippe, besonders an der linken Seite, bestätigen unsere Fälle ebenfalls nicht. Wie wir später aus den Krankengeschichten ersehen werden, war bei den 12 Rauchern nur 3 mal der linke, 2 mal der rechte Mundwinkel, dagegen 7 mal die Mitte der Lippe Ausgang und Sitz der Erkrankung.

Ferner soll manchmal das Rasieren Veranlassung zum Lippenkrebs geben. In zwei unserer Fälle (Fall XIV und XIX) wird angegeben, dass durch mehrmaliges Wegrasieren eines Bläschens, dieses immer grösser als zuvor wiedergekehrt sei, während ein Patient (Fall XXV) bestimmt sein Leiden auf einen Schnitt beim Rasieren zurückdatiert.

Einem Trauma wird nur einmal (Fall XXIII) die Schuld zugeschrieben; dem Patient fiel ein Holzscheit mit der Kante auf die Lippe, welche seit dieser Zeit nicht mehr heilte. Ein Patient (Fall XVI) giebt an, sich mit einem Faden eine Warze an der Lippe abgebunden zu haben, worauf das Geschwür entstand.

In allen übrigen Fällen wissen die Kranken keine Ursache für die Entstehung anzugeben.

Beim klinischen Verlauf des Lippenkrebses, der ein Plattenepithelkrebs ist, lassen sich nach Thiersch 4 Stadien unterscheiden. Die Erkrankung entsteht fast immer am Lippenrot oder in dessen Nähe als höckeriges oder warziges Gewächs mit oder ohne Ulceration. Die Lippe ist frei beweglich, die Haut des Kinnes verschiebbar (I. Stadium). Alsbald wird die Lippenschleimhaut, Zahnfleisch und Periost ergriffen; es rückt die Krankheit gegen das Kinn herab; Lippe und Haut des Kinns sind schwer verschieblich

(II. Stadium). Geht der Prozess noch weiter, so dehnt er sich auf den Boden der Mundhöle aus; Kinn und Unterkinngegend erscheinen brettartig infiltrirt (III. Stadium). Im letzten Stadium greift die Wucherung von der Mundhöhle aus auf Pharynx und Larynx, sowie vom Kinn aus auf Hals und Kehlkopf über (IV. Stadium). Lymphdrüsenschwellungen können in jedem Stadium auftreten und finden sich regelmässig vom III. an.

Die Mannigfaltigkeit des Auftretens des Leidens ist eine sehr grosse und wurde dasselbe bei unsern Patienten zuerst wahrgenommen:

6 mal als Erhebung, Schwellung, Geschwulst,
5 „ „ Kruste oder Borke,
5 „ „ Bläschen,
5 „ „ Knötchen,
4 „ „ Schrunde,
2 „ „ Ulceration,
2 „ „ Warze,
1 „ „ Erosion.

Für die Diagnose auf Lippenkrebs spricht der Sitz der Erkrankung, das langsame, aber stete Wachsen und die Schmerzlosigkeit. Gleichzeitig vorhandene, geschwellte Lymphdrüsen in der Submental- oder Submaxillargegend bestärken dieselbe. Eine Verwechselung wäre höchstens mit einem syphilitischen Geschwür, Schanker oder Gumma, denkbar; es wird jedoch hier etwaige Zweifel eine antiluetische Kur alsbald beseitigen. Andere an der Lippe vorkommende Neubildungen, wie Fibrome, Lipome, werden sich als gutartige Neubildungen früher oder später charakterisieren, da bei solchen ein Hineinwachsen in benach-

bartes Gewebe niemals stattfindet, noch sich eine Lymphdrüsenschwellung einstellt.

Die Prognose ist auch hier, wie beim Carcinom überhaupt, sehr zweifelhaft. Kommen die Patienten noch im 1. Stadium zur Operation, so kann man, im Falle sämtliche carcinomatösen Herde entfernt werden, eine radikale Heilung erwarten. Je weiter aber der Prozess fortgeschritten, um so häufiger sind die Rezidive nach der Operation, welch letztere im 4. Stadium überhaupt keine Rettung mehr bringen kann.

Für die Behandlung des Lippenkrebses ist jetzt wohl allgemein Billroths Ansicht massgebend, der die blutige Exstirpation der Krebse, sei es mit dem Messer oder der Scheere, als Regel aufstellt, weil nur dann der Operateur sicher beurteilen kann, ob er alles Krankhafte weggenommen habe. Dies ist aber die erste und einzige Bedingung zur Heilung, da jedes nach der Operation im Körper zurückgebliebene Krebspartikelchen imstande ist, weiter zu wuchern. Aus diesem Grunde ist man auch von dem Gebrauch von Aetzmitteln fast ganz abgekommen, weil dieselben, falls nicht alles krebsiges Gewebe zerstört wird, die zurückbleibenden Keime nur noch wucherungsfähiger machen.

Die Untersuchungen und Erfahrungen mit einem in neuester Zeit empfohlenen Krebsserum sind noch zu geringe und zweifelhafte, um ein Urteil darüber abgeben zu können.

Ueber die Berechtigung zur Operation kann kein Zweifel herrschen, da erstens das Feld zu derselben ein äusserst günstiges ist. Es lässt sich nämlich beim Lippenkrebs mit einiger Uebung leicht bestimmen, wie weit die carcinomatöse Wucherung reicht, andererseits

kommt der Umstand, dass die radikale Heilung an der Unmöglichkeit scheitert, infiltrirte Drüsen zu erkennen oder wegzunehmen, viel weniger oder gar nicht in Betracht, da hier die vorhandenen geschwellten Drüsen leicht aufzufinden und zu entfernen sind. Zweitens sind die Erfolge bei frühzeitiger Behandlung, wie wir später erkennen werden, gute und endlich fordern auch die Patienten selbst aus kosmetischen Gründen die Operation.

Die Art der Operation ist meist die Excision durch einen runden, rechteckigen oder keilförmigen Schnitt mit oder ohne Cheiloplastik, je nach der Grösse des excidirten Stückes. Ueber die Operation des Carcinoma labii schreibt Tillmanns folgendes: „Die Carcinome der Unterlippen werden im gesunden Gewebe, etwa 1 cm vom Carcinomrande, mit dem Messer oder der Scheere exstirpirt. Durch Anlegung von Klemmpinzetten oder durch Kompression durch die Hände eines Assistenten wird die Blutung aus den Art. coronariae beherrscht. Kleinere Defekte, mögen sie dreieckig oder bogenförmig sein, werden durch Heranziehung der dehnbaren Lippenteile ohne plastische Operation durch die Naht geschlossen, und auf diese Weise lassen sich ansehnliche dreieckige Defekte decken. Nach Entfernung flacher Carcinome mit einem leichten Bogenschnitt kann man den Schleimhautsaum mit dem Lippenrot zusammennähen, bei keilförmigen Defekten verläuft die Naht senkrecht. Grössere dreieckige Defekte, welche nicht ohne grosse Spannung durch einfache Naht geschlossen werden können, kann man behandeln, indem man die Mundspalte durch je einen horizontalen Schnitt erweitert.“

Für die Cheiloplastik sind gar viele Methoden angegeben worden. Es seien hier nur die in unseren Fällen ausgeführten, wohl auch die gebräuchlichsten, kurz angeführt; es sind die Methoden von Jaesche, von Bruns und Langenbeck.

Jaesche führt die Entspannungsschnitte an den Mundwinkeln bogenförmig nach unten längs des Unterkieferrandes weiter, in der Art, dass er am Mundwinkel nur bis auf die Schleimhaut einschneidet. Diese präpariert er noch oben zu einem viereckigen Stück frei, schneidet sie oben und an den Seiten ab und benutzt die so erhaltenen Schleimhautlappen jederseits zur Umsäumung der neuen Unterlippe. Durch eine mittlere und zwei seitliche Nähte werden die Wundränder vereinigt.

von Bruns nimmt die Decklappen, einen oder zwei, aus der Wange, dreht diese Lappen in den Defekt und näht.

von Langenbeck schneidet den Lappen aus der Kinngegend, schlägt denselben in den Defekt nach oben und näht die Wundränder zusammen.

Grössere Substanzverluste an der Oberlippe können ebenfalls durch Bildung seitlicher Lappen aus der Wange ersetzt werden.

Die Umsäumung der freien Lippenränder mit Schleimhaut ist stets sehr wichtig, besonders auch weil die Narbenschrumpfung eine viel geringere ist. Man soll daher die Schleimhaut nach Möglichkeit erhalten, z. B. dieselbe an der Innenfläche der Unter- oder Oberlippe ablösen, sie herüberziehen und mit der äusseren Wundlinie vereinigen, oder nach von Langenbeck durch Abpräpariren resp. Verziehen des Lippensaumes

aus der Oberlippe einen Ersatz für das fehlende Lippenrot schaffen, indem man mit dem abgelösten Lippensaum aus der Oberlippe die Lappenränder der neuen Unterlippe umsäumt und umgekehrt.

Ausgedehntere und tiefgreifende, von der Lippe ausgegangene Krebswucherungen bedürfen natürlich einer grösseren Operation, die sich nach dem jeweiligen Falle richtet.

Die nun folgende Zusammenstellung der Krankengeschichten nebst den Angaben über das weitere Befinden seit der Operation, soweit dieselben auf diesbezügliche Anfragen bei uns einliefen, mögen ein Bild gewähren von der Erkrankung selbst, der Art der Operation und besonders von dem Erfolge der letzteren. Die Anfragen wurden Ende Januar und Anfang Februar 1896 gestellt. Bei fünf Erkrankten waren die Nachforschungen, trotz mehrfachen Schreibens, resultatlos.

Fall I.

Sch. Anton, 73 J., Gütler aus Hohenlinden.

Krankengeschichte fehlt; das Leiden bestand 15 Jahre.

Op. 4. IX. 90.

Im Nov. 91 an der Lungensucht gestorben; ein Rezidiv war nicht aufgetreten.

Fall II.

L. Ludwig, 55 J., Schuster aus Steingaden.

Seit 30 Jahren soll nach Angabe des Patienten an seiner Unterlippe eine kleine Erhebung oder Schwellung bestanden haben, die seit zwei Jahren bedeutend zugenommen hat. Patient schmierte mit Salben ohne Erfolg.

Status praes. Die ganze Unterlippe ist derb infiltrirt, um das dreifache verdickt, in der linken Hälfte bis über den Lippensaum ulcerirend; auf Druck überall Epithelpfröpfe. Leichte Schwellung der submentalen Drüsen.

Op. 17. II. 91. Einfache Excision.

Status beim Austritt: An Stelle des Defektes der Unterlippe ein granulirender Saum. Sanus dimissus. Aufenthalt 58 Tage.

Pat. verstorben; weiteres nicht zu ermitteln.

Fall III.

H. Laurenz, 49 J., Bäckermeister aus Denkendorf.

Krankengeschichte fehlt; das Leiden bestand seit 1/2 Jahre.

Op. am 7. III. 91.

Lebt und ist rezidivfrei.

Fall IV.

Kl. Therese, 70 J., Pfründnerin von Buchloe.

Vor einem Jahre entstand, ohne dass Pat. eine Ursache anzugeben weiss, eine Erosion; diese wurde immer grösser und ohne Erfolg mit Salben behandelt.

St. pr. Dem Alter entsprechender Ernährungszustand. Die l. Hälfte der Unterlippe ist fast in ihrer ganzen Ausdehnung von einem z. T. mit Borken, z. T. schlechten Granulationen bedeckten Geschwür eingenommen, welches sich derb und fest anfühlt und offenbar carcinomatösen Charakter zeigt. Lymphdrüsen sind nicht geschwellt.

Op. 17. III. 91. Keilexcision im Gesunden; Kollodiumverband.

St. beim Austr. Die Heilung ist soweit fortgeschritten, dass fast der ganze Defekt mit Epidermis überzogen ist; es besteht eine Einsenkung von ca. 1/2 cm.

San. dim. Aufenthalt 18 Tage.

Nachforschung ohne Erfolg.

Fall V.

Gschw. Johann, 33 J., Gastwirt und Viehhändler aus Indersdorf.

Pat. will seit 8—10 Jahren eine nässende, mit Krusten bedeckte Stelle an der linken Seite der Unterlippe haben; im letzten Jahre wurde die wunde Stelle grösser und eiterte stark.

St. pr. An der l. Unterlippe eine mit Krusten bedeckte Stelle, die stark hervorspringt, sich derb anfühlt und scharf gegen die Umgebung abgegrenzt ist; einzelne Rhagaden.

Op. 16. V. 91. Excision und Naht.

St. b. Austr. Wunde verheilt, Unterlippe noch ziemlich spannend.

San. dim. Auf. 9 Tage.

Pat. stellte sich Anfang März dem Verfasser persönlich vor. An der Lippe, vollkommen rezidivfrei, war nur bei genauem Zusehen eine Narbe zu erkennen.

Fall VI.

D. Pius, 52 J., Zimmermann aus Filzingen.

Vor 2 Jahren, im April 89, bemerkte Pat. ein kleines Bläschen von Hirsekorngrösse an der Unterlippe, das im Juni weggenommen wurde. Im Oktober 89 musste bereits eine neue Geschwulst entfernt werden an derselben Stelle. Bis Mai 90 trat kein Rezidiv ein,

dann aber bemerkte Pat. dieselbe Geschwulst wieder entstehen, die im Nov. 90 in der Poliklinik operirt wurde. Aber schon im Dezember trat das gegenwärtige Rezidiv auf, welches seit April 91 stetig grösser wurde, sich auf den Unterkiefer ausdehnte und seit den letzten 4 Wochen sich bedeutend vergrösserte.

St. pr. An der r. Unterlippe eine 3 cm lange Narbe; in der Mitte der Lippe eine erbsengrosse, warzenähnliche Geschwulst, welche an der Oberfläche exkoriirt ist und auf Druck Flüssigkeit austreten lässt. Entsprechend dem r. Kieferwinkel eine hühnereigrosse, fest mit dem Knochen verwachsene Geschwulst, prallelastisch und fluktuierend, Haut verschieblich, Zungengrund und Zunge frei. Die Punktion ergiebt einen gelb-serösen, ziemlich flüssigen Inhalt. Drüsen am Halse r. und l. etwas geschwellt.

Op. 3. VII. 91. Es wird längs der Geschwulst am Knochenrand eine ca. 8 cm lange Incision gemacht, es entleerte sich eine braungelbe Flüssigkeit; dann wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit Jodoformgaze austamponirt; die Wunde durch 3 Näthe vereinigt. Das kleine Rezidiv an der Lippe wurde durch Umschneidung beseitigt.

St. b. Aust. Rezidiv völlig geheilt Sanus dim.

Auf. 9 Tage.

Starb im April 92 an einem neuen Rezidiv.

Fall VII.

M. Franz, 71 J., Oekonom aus Sigiswang. Pat. leidet an einer Geschwulst an der Unterlippe, die schon 2mal vor 3/4 und 3 Jahren operiert worden ist, aber immer wieder von neuem aufbrach.

St. pr. An der Unterlippe, dieselbe fast ganz einnehmend, ein stark zerklüftetes Geschwür von Fingerbreite mit stark elevierten Rändern und sehr derbem Grund. Bei Druck entleert sich Epithelbrei. Nach r. von dem Geschwür breitet sich einwärts von dem r. Mundwinkel eine thalergrosse, blaue Hautpartie aus, die ebenfalls mit Krusten bedeckt ist und geringe Infiltration zeigt. Beiderseits leichte Schwellung der submaxillaren Drüsen.

Op. 10. IX. 91. Excision der ganzen kranken Partie, die restirende Schleimhaut wird in der Gegend der Unterlippe direckt vernäht, an der Wange lässt sich der Defekt ebenfalls direkt schliessen.

St. b. Aust. Im r. Mundwinkel haben die Näthe durchgerissen, und daher ist dieser klaffend; sonst hat sich die Schleimhaut der äusseren Haut angeschlossen.

San. dim. Auf. 17 Tage.

Pat. kam 4 Monate nach dieser Operation bereits mit einem neuen Rezidiv in die Klinik, das sich aber als inoperabel erwies, und dem der Kranke am 8. Nov. 92 erlag.

Fall VIII.

M. Johann, 47 J., Oekonom aus Tettenwang. Patient verspürte seit 5 Jahren einen geringen Schmerz in der Unterlippe; es bildete sich eine scharf vorspringende Kruste. Schwacher Raucher.

St. pr. In der Mitte der Unterlippe eine prominente Kruste, die von geringer Infiltration umgeben ist. Drüsenschwellung nicht vorhanden.

Op. 1. X. 91. Excision der Geschwulst, Einschnitt

beiderseits in den Mundwinkeln; Bildung einer neuen Unterlippenschleimhaut. Kollodiumverband.

St. beim Austr. Wunde fast vollkommen vernarbt, bis auf eine kleine, erbsengrosse Granulation in der Mitte der Wunde.

San. dim. Auf. 17 Tage.

Patient, vollkommen geheilt, stellte sich persönlich Ende Februar dem Verfasser vor. Der Lippe war, die kleine weisse Narbe ausgenommen, nichts anzusehen.

Fall IX.

S. Thomas, 57 J., Taglöhner aus Schwifting. Pat. bekam Neujahr 92 eine offene Schrunde an der Unterlippe, die sich allmählig vergrösserte, Ursache unbekannt, kein Raucher.

St. pr. Inmitten eines derb infiltrierten Gewebes an der Mitte der l. Unterlippe, z. T. den Lippensaum einnehmend, eine 5 Pfg.-Stück grosse Ulceration. Kleine geschwellte Submaxillardrüse.

Op. 16. III. 92. Excision in Rechteckform. Vereinigung des Defektes durch 2 seitliche Wangenlappen. Naht, Kollodiumverband.

St. b. Austr. Die Wunde ist, bis auf einen kleinen Einriss im obersten Mundwinkel, gut verheilt.

San. dim. Auf. 7 Tage.

Pat. verstorben; weiteres nicht zu ermitteln.

Fall X.

O. Michael, 56 J., Bureaudiener, München. Pat. leidet seit $1^1/_2$ Jahren an einer Rhagade an der r. Unterlippe, die sich allmählig zu einem immer grösseren

Geschwür ausbildete. Pat. ist starker Raucher, jedoch nicht Pfeifenraucher.

St. pr. An der r. Unterlippe ein 5 Pfg.-Stück grosses Geschwür am äussern Lippensaum, inmitten eines sehr derb infiltrirten Gewebes.

Op. 18. III. 92. Excision. Plastik mit Bildung eines seitlichen Wangenlappens.

St. b. Austr. Wunde bis auf eine kleine granulirende Fläche verheilt. San dim. Auf. 7 Tage.

Lebt und ist rezidivfrei.

Fall XI.

Schw. Johann, 64 J., Bäcker, Neuessing. Pat. erkrankte vor ca. 1 Jahre mit einer kleinen Ulceration an der Unterlippe, die sich immer mehr vergrösserte. Seit 3 Wochen nimmt sie die ganze Unterlippe ein.

St. pr. Die ganze Unterlippe ist in ein mit Borken bedecktes, missfarbenes Geschwür verwandelt mit ulcerierten Rändern. An der Innenseite der Lippe findet sich noch normale Schleimhaut. Das Geschwür fühlt sich derb an, ist übelriechend und secernirt ziemlich reichlich missfarbene Flüssigkeit. In beiden submaxillaren Gruben ein beweglicher, kirschgrosser, nicht druckempfindlicher Knoten.

Op. 31. III. 92. Excision, Plastik mit Hilfe eines Wangenlappens von der r. Seite her. Die l. Wange wird im Mundwinkel quer durchtrennt und die untere Schnittfläche zur Lippe noch hereingezogen; die Schleimhaut des Wangenlappens dann mit der äussern Haut vernäht.

St. b. Austr. Da der äussere Teil des r. Wangenlappens gangränös geworden ist, besteht ein Defekt

von Fingerbreite an der Lippe. Auch die Schleimhautnäthe haben grösstentheils durchgeschnitten. Entlassen auf Wunsch. Insan. dim. Auf. 14 Tage.

Am 17. Aug. 92 an einem Rezidiv, das bald auftrat, den ganzen Unterkiefer unterhöhlte und zerstörte, verstorben.

Fall XII.

L. Xaver, 34 J., Oekonom aus Deisenhofen. Vor 5 Jahren soll, ohne dass Pat. eine Ursache dafür anzugeben weiss, an der r. Unterlippe eine offene Stelle entstanden sein, die ihm starkes Brennen verursachte; 4 Jahre blieb diese offen, dann bekam Pat. in der Gegend des Kinnes eine kleine Geschwulst von Taubeneigrösse, die er selbst aufstach und aus der sich Eiter entleert haben soll. Das Geschwür frass aber immer weiter und ging auch auf die Mund- und Wangenschleimhaut über. Seit 5 Wochen will Pat. stark abgemagert sein.

St. pr. An der r. Unterlippe ein kraterförmiges Geschwür mit elevierten Rändern, gegen die Mitte greift dasselbe auch über die Kinngegend, nach innen zu ist auch die Schleimhaut befallen und die Lippe an den Kiefer angeheftet. Die Geschwürsgegend ist sehr derb, die Haut auf dem Knochen vollkommen unverschieblich. Gegen die Mitte zu ist auch die Innenseite des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers aufgetrieben und in geringer Ausdehnung ulceriert. Geringe Schwellung der r. submentalen Drüsen.

Op. 3. VI. 92. Umschneidung des Carcinoms, die Schneidezähne werden extrahiert und der Knochen keilförmig angemeisselt; hierauf eine Drüse in der

Unterkiefergegend entfernt, ferner ein Teil des infiltrierten Zungengewebes an der l. Glandula submax. Plastik durch 2 horizontal nach aussengehende Schnitte. Vereinigung der Lippe gelingt gut, dagegen wird die Kinnvereinigung für später anfgehoben; Tamponade mit Jodoformgaze.

St. b. Austr. Die Plastik hat gut gehalten, und es besteht nur am Kinn ein Markstück grosser Defekt, dessen Verschluss auf spätere Zeit verschoben wird. Ins. dim. Auf. 22 Tage.

Pat. kam im Frühjahr 93 mit einem inoperablen Rezidiv wieder in die Klinik. Er erlag demselben, das sich schliesslich über den ganzen Unterkiefer ausgebreitet hatte, noch im Herbste desselben Jahres.

Fall XIII.

Th. Friedrich, 67 J., Söldner, Hienheim.

Im Juli 91 bekam Pat., ohne dass er eine Ursache dafür anzugeben weiss, einen kleinen Blutriss an der l. Seite der Unterlippe. Aus diesem entstand seit Aug. 91 ein Geschwür, welches sich langsam über die ganze Lippe verbreitete. Schmerzen hatte Pat. nur sehr wenig. Seit ca. 5 Wochen begann das Geschwür schneller zu wachsen und verursachte dem Pat., der seit einem Jahr auch abgemagert sein will, mehr Schmerzen. Pat. raucht Pfeife; reduzirte Ernährung.

St. pr. Blumenkohlartiges Geschwür, das die ganze Unterlippe einnimmt und sich ziemlich scharf am Lippenrande hält. Dasselbe ist sehr stark zerklüftet und ragt ca. 1½ cm über die normale Haut hervor. In der regio submax r. 2, l. 1 geschwellte Drüse.

Op. 14. VII. 92. Excision des Carcinoms, Plastik mit Hülfe eines l. Wangenlappens, Vernähen der Haut und Schleimhaut an den Lippen.

St. b. Austr. Vereinigung der Wundränder vollkommen gelungen, nur im l. Mundwinkel ein kleiner Defekt. Schleimhaut liegt gut an die äussere Haut an. San. dim. Auf. 8 Tage.

Lebt und ist rezidivfrei.

Fall XIV.

Gm. Joh., 67 J., Taglöhner, Kagers.

Vor 2 Jahren bemerkte Patient ein kleines Knötchen, das beim Rasiren öfters lädiert wurde, worauf es allmälig zunahm, besonders seit dem letzten Jahre. Kein Raucher.

St. praes. In der M. der Unterlippe ein die Hälfte derselben einnehmendes mit Borken besetztes Geschwür, von höckeriger Oberfläche und grosser Härte am Lippensaum.

Op. 16. I. 93. Excision, Plastik nach Jaesche.

St. b. Austr. Da der oberste Teil der Naht ausgerissen, bleibt ein kleiner Einkniff zurück, dessen Korrektion Pat. aber verweigert. San. dim. Auf. 17 Tage.

Nachforschung resultatlos.

Fall XV.

H. Jos., 51 J., Dienstknecht aus Ay. Vor 3 Monaten bemerkte Pat. an der Unterlippe ein erbsengrosses hartes Knötchen, das langsam zunahm, ohne Beschwerden zu verursachen. Kein Raucher.

St. pr. Am untern Lippensaum, etwas r. von der Mitte, ist eine kirschkerngrosse, harte Infiltration, welche die Schleimhaut der Lippe hervorwölbt und mit einer Kruste bedeckt ist.

Op. 19. I. 93. Excision in Keilform. Naht.

St. b. Austr. Wunde verheilt. San. dim. Auf. 9 Tage.

Lebt und ist frei von Rezidive.

Fall XVI.

S. Thomas, Taglöhner, Oberpindhart.

Pat. band sich im Aug. 92 eine Warze an der l. Unterlippe, die er schon lange hatte, mit einem Faden ab. Es entstand ein kleines Geschwür, welches sich rasch vergrösserte und ziemlich heftigen Schmerz verursachte. Seit 4 Wochen habe das Geschwür bedeutend an Schwellung zugenommen. Pat. raucht wenig.

St. pr. An der Unterlippe in ihrer ganzen Ausdehnung sitzt eine über 2 cm prominente, ulcerirte Geschwulst; Geschwürsgrund mit gelblichen Granulationen bedeckt, Oberfläche höckrig. An der Schleimhautseite setzt sich das Geschwür auch noch auf die Wange fort bis zum vorderen Buccalzahn, an dem sich der hintere Rand des Geschwüres reibt. An der Schleimhaut ist der Geschwürsrand etwas elevirt und scharf abgegrenzt. Die submaxillaren Drüsen geschwollen, aber nicht druckempfindlich.

Op. 27. II. 93. Exstirpation der Geschwulst; hierauf Bogenschnitt nach Jaesche nach aussen und abwärts bis zu den geschwellten Drüsen, die schon stark erweicht waren und exstirpirt werden.

St. b. Austr. Wunde fest verheilt.
San. dim. Auf. 11 Tage.
Nachforschung ohne Erfolg.

Fall XVII.

B. Stephan, 27 J., Taglöhner, Oberndorf.

Vor einem Jahr bekam Pat. ein kleines Geschwür an der Unterlippe, welches durch Aetzungen zuheilte, aber im Febr. 93 neuerdings aufbrach und sich rapid verbreitete; seit 2 Monaten ist die ganze Unterlippe befallen. Vor 3 Jahren luetische Infektion; antiluetische Behandlung ohne Erfolg. Schwacher Raucher.

St. pr. Die ganze Unterlippe ist ein kraterförmig vertieftes, mit Krusten bedecktes, gelbrotes Geschwür mit elevirten Rändern, in der Mitte bereits am Kiefer etwas fest. Submentaldrüsen beiderseits geschwellt.

Op. 8. VIII. 93. Excision, Plastik der Unterlippe mit 2 seitlichen Wangenlappen. Naht der Schleimhaut an die äussere Haut.

St. b. Austr. Plastik gehalten mit Ausnahme einer kleinen Partie am r. Mundwinkel. Mund allseitig von Schleimhaut umsäumt. Schnitte in der Drüsengegend verheilt. San. dim. Auf. 12 Tage.

Am 21. Mai 94 wurde Pat. abermals wegen eines Rezidives operirt. Am r. Mundwinkel bis zur Mitte der Oberlippe eine diffuse Infiltration in der Grösse eines 5-Markstückes. Submaxillare Drüsenschwellung.

Op. Excision der Infiltration. Plastik durch Ablösung und seitliche Verziehung der Oberlippe. Exstirpation der Drüsen, die z. T. erweicht und verwachsen waren.

St. b. Austr. 1-Markstück grosser Defekt an der Oberlippe, granulirende Wunde am Kieferwinkel. Auf. 6 Wochen. Ins. dim. Auf. 15 Tage.

Pat. starb am 2. Juni 95 an einem, 8 Monate nach der 2. Operation am Halse aufgetretenem Rezidive.

Fall XVIII.

Kn. Xaver, 70 J., pens. Bergmann, Hohenpeissenberg. Vor ca. 2 Jahren begann nach unbekannten Ursachen die Erkrankung als eine kleine Verhärtung am Lippenrot, welche sich allmählig vergrösserte, ohne jemals Schmerzen zu verursachen; seit 2 Monaten ist die Oberfläche ulcerirt. Pat. rauchte bis zum Auftreten der Geschwulst stets Pfeife.

St. pr. An der Unterlippe, nahe dem l. Mundwinkel, eine dreieckig gestaltete ca. 2$^1/_2$ cm lange, 1$^1/_2$ cm an der oben gelegenen Basis breite, verhärtete Partie. Dieselbe ist scharf umschrieben, und zeigt an der Vorderseite eine längs verlaufende Rhagade; einzelne punktförmige Erosionen. Keine geschwellten Drüsen zu fühlen. Gesund und kräftig aussehendes Individuum.

Op. 3. XI. 93. Keilexcision und Naht.

St. b. Aust. Da die Nähte gerissen ein Defekt an der Lippe, der aber fast ganz geheilt ist. San. dim. Auf. 21 Tage.

Im Juni 94 entstand neben der Narbe ein Rezidiv, welches sich, als Pat. im Dezbr. 94 zur Klinik wieder kam, sich schon als inoperabel erwies und am 1. Dezember 95 den Tod des Pat. herbeiführte.

Fall XIX.

Gl. Egid., 63 J., Hirte, Schwarzenfeld. Pat. hatte seit 5 Jahren eine Warze an der r. Unterlippe, welche beim Rasiren öfters verletzt wurde; im vergangenen Jahre wurde die Warze geschwürig, und im Verlauf des Sommers ward auch das Kinn von der Infiltration ergriffen. In den letzten Monaten will Pat. abgemagert sein.

St. pr. Mittlerer Körperbau, reduzirte Ernährung. Die Haut fast der ganzen Kinngegend und des grössten Teiles der Unterlippe infiltrirt, am Unterkiefer adhärent, gerötet, an einzelnen Stellen ulcerirt. Eine Anzahl Furchen teilen die Infiltration in verschiedene Höcker. Auf Druck entleert sich Eiter. In der regio submax. beiderseits runde harte, nicht druckempfindliche Drüsen.

Op. 27. I. 94. Excision der ganzen Unterlippe mit stumpfer Ablösung vom Unterkiefer; Knochen des letzteren normal. Entfernung der Drüsen. Plastik nach Jaesche.

St. b. Austr. An der Lippe ist ein kleiner Teil der Schleimhaut nekrotisch geworden. Sonst Wunde gut verheilt. Auf 3 Wochen zur weiteren Plastik zurückbestellt. San. dim. Auf. 20 Tage.

Lebt ohne Rezidiv.

Fall XX.

J. Kathi, 69 J., Taglöhnerswitwe, Alberzell. Pat. will seit 1/2 Jahre eine Geschwulst an der Unterlippe haben; dieselbe wuchs allmählig bis zur jetzigen Grösse heran. Verletzung soll keine vorgekommen sein.

St. pr. An der r. Unterlippe, auch noch etwas die Mitte nach l. überschreitend, eine knollige, läng-

liche Geschwulst, die an mehreren Seiten stinkenden Eiter sezernirt; Drüsen nicht geschwellt.

Op. 5. IV. 94. Keilexcision. Vernähung der Schleimhaut mit der äussern Haut.

St. b. Austr. An der Lippe resultirt ein kleiner Einkniff, zur Beseitigung desselben für später wiederbestellt. San. dim. Auf. 6 Tage.

Ende Sept. desselben Jahres kam Pat. mit einem Rezidiv, das bald nach der 1. Operation auftrat, wieder in das Krankenhaus.

St. pr. In der Unterkinngegend eine umschriebene, kleinapfelgrosse Geschwulst mit höckriger Oberfläche, die z. T. in ein jauchiges und eiterndes Geschwür verwandelt ist. Keine Drüsenschwellung.

Op. 28. IX. 94. Geschwulst wird umschnitten und exstirpirt. Da dieselbe nach unten fest auf dem Schildknorpel aufsitzt, so müssen zu ihrer Entfernung Teile des M. myloihyoideus mit entfernt werden. Zur Deckung des entstandenen Defektes werden 2 seitliche Lappen umschnitten und abpräparirt, ebenso der obere Rand des Defektes durch Unterminiren mobil gemacht; auf diese Weise gelingt völlige Deckung des Defektes durch die Naht.

St. b. Austr. Geheilt, nicht arbeitsfähig, abgeholt. Auf. 12 Tage.

Pat. verstorben; weiteres nicht zu ermitteln.

Fall XXI.

Sch. Ignaz, 66 J, Maurer, Erbishofen. Pat. giebt an, seit 2 Jahren eine kleine Geschwulst an der Oberlippe bemerkt zu haben, die stetig gewachsen sei. Ur-

sache unbekannt; nie Schmerzen. Vor kurzem sei die Geschwulst von einem Arzte gebrannt worden.

St. pr. An der l. Seite der Oberlippe eine kirschgrosse Neubildung mit geschwürigem Zerfall in der Mitte; Ränder des Geschwüres regelmässig und infiltrirt.

Op. 7. V. 94. Excision in Keilform mit Schonung der Schleimhaut. Schluss der Wunde durch Seidennähte.

St. b. Aust. In Heilung, aber nicht arbeitsfähig entlassen. Auf. 4 Tage.

Lebt und ist rezidivfrei.

Fall XXII.

St. Andreas, Gütler aus Kinzing, 52 Jahre. Pat. leidet schon seit 10 Jahren an einer Geschwulst an der Unterlippe; zuerst sei hier eine Kruste entstanden, welche Pat. immer durch Kratzen entfernte; Schmerzen dabei gering. Seit 1 Jahre hat die Geschwulst auch auf die Innenseite übergegriffen. Ursache unbekannt; Abmagerung nicht bemerkt; schwacher Raucher.

St. pr. In d. M. der Unterlippe eine kirschgrosse Geschwulst, die aussen um weniges das Lippenrot überschreitet und hier mit Krusten bedeckt ist; an der Innenseite ist die Schleimhaut erhalten, jedoch mit kleinen Exkreszen bedeckt. Die Geschwulst fühlt sich hart an. Drüsen nicht geschwellt.

Op. 9. V. 94. Keilexcision und seitliche Vernähung des Defektes.

St. b. Aust. In Heilung begriffen, nicht arbeitsfähig, auf Wunsch entlassen. Auf. 4 Tage.

Lebt frei von Rezidiv.

Fall XXIII.

S. Franz, Jos., 52 Jahre, Taglöhner, Primisweiler. Pat. erzählt, dass ihm vor 4 Jahren ein Holzscheit mit der Kante auf die Lippe gefallen sei. Bald darauf bekam Pat. an der r. Unterlippe ein kleines Knötchen, das ihm vom Arzte mit dem ferrum candus abgetragen wurde. 2 Jahre später trat an der l. Wange über dem Oberkiefer eine Geschwulst auf, die aber grösser gewesen sei und nach einiger Zeit aufbrach, dann stark nässte und Eiter entleerte. Nach Excision der krankhaften Stelle befand sich Pat. 1/2 Jahr wieder leidlich wohl, aber bald bildete sich an der l. Seite des Kinns ein neues stark eiterndes Geschwür, woran Pat. Ende Januar a. c. in Lindau operirt wurde. Hierbei wurde ihm der l. Mundwinkel gut 1 1/2 cm breit vernäht und um nun wieder eine genügende Oeffnung des Mundes und radikale Heilung zu erlangen, kam Pat. hierher. Bis zum 20. Lebensjahr hat Pat. stark geraucht.

St. pr. Am l. Mundwinkel starke narbige Einziehung der Haut, die Mundspalte verläuft schief von r. unten nach l. oben. Mundöffnung nicht für 1 Finger durchgängig. Vom l. Mundwinkel gegen die Wange zu verläuft eine lineare Narbe. Die l. Unterkiefergegend zeigt mehrere knollige Hervorragungen, in einer eine nach innen führende Fistel; Haut darüber adhärent; Tumormasse mit der Unterlippe fest verwachsen. L. Submaxillardrüsen stark vergrössert, ebenso r. eine.

Op. 30. VII. 94. Umschneidung der carcinomatös erkrankten Partien bis auf das Periost des Ober- und Unterkiefers, welches von beiden mit entfernt wird. Besonders am Unterkiefer zeigt sich auch schon der Knochen erkrankt, und es wurden dessen obere

Schichten abgetragen. Die Plastik wird durch einen wagerechten Schnitt in der Verlängerung der Incision am unteren Nasenrand gemacht, der nach r. verlängert wird, wodurch die Oberlippe nach l. verzogen. Ferner wird durch einen Medianschnitt vom Kinn abwärts ein Halslappen nach oben gezogen. Zur Bildung eines neuen Mundwinkels wird die Mundschleimhaut mit der Aussenhaut vernäht. Nähte mit Seide und Katgut.

St. b. Aust. Die Oberlippe ist leicht nach oben gezogen; Essen geht gut. San. dim. Auf. 51 Tage.

Nachforschung ohne Resultat.

Fall XXIV.

L. Xaver, 53 J., Viktualienhändler, Hirschhorn. Pat. bemerkte vor 2 Jahren, ohne dass er eine Ursache weiss, ein kleines Knötchen an der Unterlippe, das aufbrach und eine Rhagade zurückliess, die ihn juckte und zum Reiben und Kratzen veranlasste. Er wandte sich immer an Pfuscher, bis ihn ein Arzt, der ihn gelegentlich sah, darauf aufmerksam machte, dass er den Lippenkrebs habe und aufforderte, sich operiren zu lassen. Pat. raucht sehr wenig, nur Sonntags Cigarren.

St. pr. Die 2 mittleren Drittel der Unterlippe sind in ein zerklüftetes Geschwür verwandelt mit sehr derber Infiltration.

Op. 3. IX. 94. Excision in Rechteckform. Schluss durch Naht nach 2 seitlichen Entspannungsschnitten. San. dim. Auf. 11 Tage.

Lebt und ist frei von Rezidiv.

Fall XXV.

K. Josef, 54 J., ehem. Zimmermann, Haag. Pat. giebt an, sich vor 2 Jahren mit dem Rasirmesser geschnitten zu haben; darauf soll sich ein Bläschen gebildet haben, das er beim Rasiren wieder aufriss. Durch wiederholtes Aufreissen bildete sich ein Geschwür, das sich allmählig, ohne Schmerzen zu bereiten, vergrösserte. Pat. ist kein Raucher.

St. pr. An der l. Unterlippe ein derb infiltrirtes höckriges Geschwür mit harten Rändern; in ca. 5 cm Länge und 3 cm Breite auf die Schleimhaut übergreifend. Beiderseits in der reg. subment. eine geschwellte Drüse.

Op. 28. XI. 94. Excision. Plastik mit einen Langenbeck'schen Lappen. Exstirpation der geschwellten Drüsen.

St. b. Austr. Haut am Mundwinkel etwas eingerollt, sonst die neue Lippe glatt. San. dim. Auf. 13 Tage. Lebt und ist rezidivfrei geblieben.

Fall XXVI.

Schr. Georg, 58 Jahre, Gütler, Rimbach. Vor 1½ Jahren bemerkte Pat. eine Borke an der Unterlippe, woraus sich allmählig ein Geschwür entwickelte. Pat. hat früher viel geraucht, bes. Cigarrenreste, auch Pfeife.

St. pr. An der r. Unterlippe ein nach abwärts ausgebuchtetes Pfennigstück grosses Geschwür mit borkigem Belag und verdickten, nur wenig zackigen Rändern. Das mit dem Geschwür in Verbindung stehende Zahnfleisch ist ebenfalls geschwellt und verdickt. Infiltrirte Drüsen in der Submentalgegend.

Op. 9. II. 95. Keilexcision. Exstirpation einer Drüse rechterseits. San. dim. Auf. 8 Tage.

Lebt rezidivfrei.

Fall XXVII.

B. Eduard, 51 J., Obsthändler, Straubing. Pat. giebt an, dass er vor 5 Jahren zuerst an der l. Unterlippe das Entstehen eines Bläschen merkte; er krazte es mit dem Finger weg, aber immer kehrte es wieder. Allmählig bildete sich eine Verdickung, die vor $1^1/_2$ Jahren aufbrach und in ein Geschwür sich verwandelte. Seit 4 Wochen ist eine Drüse unter dem l. Unterkiefer geschwollen. Pat. rauchte nie Pfeife und auch nur wenig Cigarren.

St. pr. Auf der l. Unterlippe eine 1-Markstück grosse, ca. $^1/_2$ cm über die normale Schleimhaut sich erhebende Geschwulst, deren Oberfläche ulcerirt ist. Eine submentale, erbsengrosse und mehrere submaxillare, geschwellte Drüsen zu fühlen.

Op. 11. IV. 95. Keilexcision. Der Defekt kann durch direkte Naht geschlossen werden. Entfernung 4 submax. und 1 subment. Drüse. Kollodiumverband.

St. b. Aust. Wunde vollkommen verheilt. San. dim. Auf. 8 Tage.

Lebt ohne Rezidiv.

Fall XXVIII.

H. Paul, Oekonom, Ruppertskirchen, 65 J. Pat. wurde vor 2 Jahren wegen Krebs der Unterlippe operirt. Vor 1 Jahr entstand ein haselnussgrosses Knötchen am rechten Kieferrand, das immer grösser und vom Arzte entfernt wurde. Seit Januar heurigen

Jahres bemerkt Pat. neuerdings eine Anschwellung in dieser Gegend. Auf Anwendung heisser Umschläge brach die Geschwulst auf und eiterte; der Eiter wurde bedeutender, seitdem ein Bader ein Zugpflaster applizirt hatte.

St. pr. Narbe an der Unterlippe glatt und weich. Im r. Unterkieferwinkel und in der r. regio submax. eine harte Infiltration, die am Unterkiefer unverschieblich ist; ihr Centrum in 1-Markstückgrösse ulcerirt; die Infiltration selbst ist halbfaustgross und sitzt fest auf dem M. sternocleidomastoideus; Haut darunter unverschieblich.

Op. 30. IV. 95. Umschneidung der ganzen Geschwulst im Bereiche der gesunden Haut. Nach Freilegung der Jugul. und Carotis, sowie des ganzen Lingualis-Dreieckes und Unterbindung der Lingual. gelingt es, unter Entfernung des Periostes des Unterkiefers an der Aussenseite, den ganzen Tumor zu exstirpiren. Dabei wird ein Teil des Sternocleidomast., sowie des Biventer und eine tiefliegende, fast bis an die Pharynxschleimhaut reichende, infiltrirte Drüse mit entfernt.

St. b. Austr. Wunde bis auf eine 10-Pfennigstück grosse, granulirende Wunde geheilt. Narbe tief eingezogen. San dim. Auf. 16 Tage.

Pat. kam Ende Jan. a. c. mit einem Rezidiv in die Klinik, das sich als inoperabel erwies.

Fall XXIX.

M. Karl, 58 J., Bezirksgeometer, Eichstätt. Anfangs Okt. 94 bekam Pat. eine Anschwellung oberhalb der l. Oberlippe, welche nicht schmerzhaft war;

die Schwellung war hart und die Verhärtung nahm immer mehr zu. Wegen Schmerzlosigkeit der Stelle wurde kein Arzt konsultiert. Seit 3—4 Wochen bildete sich über der Geschwulst, die in letzter Zeit sehr spannte, infolge eines Pflasters eine Kruste. Zahnschmerzen bestanden nie; trotzdem liess sich Pat. im Febr. 95 die 2 oberen l. Schneidezähne ziehen, von denen der eine an der Wurzel Eiter gezeigt haben soll. Pat. rauchte früher viel.

St. pr. Oberhalb des normalen Lippensaumes findet sich eine Verhärtung der ganzen l. Oberlippe, die noch fingerbreit über die r. Oberlippe übergreift; die Haut darüber ist gerötet, unterhalb des l. Nasenflügels, der ebenfalls infiltrirt ist, eine 10 Pfg.-Stück grosse Kruste. Die ganze Oberlippe, soweit die Infiltration reicht, auf dem Knochen unverschieblich; Knochen selbst nicht aufgetrieben. Die Schleimhaut ist entsprechend den gezogenen Schneidezähnen geschwellt. L. am Rande des Pteryg. int. eine kleine unverschiebliche Geschwulst. Weiches Struma aller 3 Lappen.

Op. 30. V. 95. Umschneidung der Infiltration in der gesunden Haut mit Erhaltung des Lippensaumes; Schnitt bis auf den Knochen. Hierauf wird mit dem Meissel der ganze vordere Teil des Oberkiefers entfernt; ebenso wird ein Teil des Nasenflügels und Septums, sowie auch ein Teil der Conchae nachträglich noch weggenommen. Aus den beiden Wangen wird je ein seitlicher Lappen gebildet, der gleichzeitig zum Ersatz des Nasenflügels reicht; nach unten legt sich der Lappen sehr gut an. San. dim. Auf. 27. Tage.

Frei von Rezidiv.

Fall XXX.

M. Therese, 76 J., Gütlersfrau, Aicha. Pat. giebt an, dass sie vor 1½ J. an der Unterlippe eine kleine Borke bemerkt habe, die ihr etwas Schmerzen verursachte. Sie begab sich zum Arzte, der die Geschwürsfläche ätzte. Da jedoch das Geschwür immer grösser wurde, und der Schmerz sich steigerte, begab sich Pat. auf Anraten eines andern Arztes in die Anstalt.

St. pr. An der Unterlippe, dieselbe fast ganz einnehmend, ein Ulcus mit unregelmässig zerfallener Grundfläche, die etwas belegt ist. Der Lippensaum ist 2 mm breit durch das Geschwür nach abwärts gezogen; der Geschwürsrand nicht erhaben. R. eine taubeneigrosse Submentaldrüse. Am r. Mundwinkel geht vom Ulcus ein walzenförmiger Geschwulstfortsatz nach abwärts bis 1 Finger breit vom Kiefer.

Op. 12. VIII. 95. Keilexcision mit Verlängerung des einen Schnittes gegen den r. Unterkieferwinkel zur Entfernung der Infiltration. Entfernung der geschwellten Submentaldrüsen. San. dim. Auf. 14 Tage.

Seit ca. 8 Wochen Rezidiv. Lippen und Operationsnarben noch jetzt frei. Ausgang vom Unterkieferwinkel und Ueberwuchern auf die angrenzenden Weichteile. Absolut inoperabel.

Fall XXXI.

S. Johann, 52 J., Söldner, Ittling. Seit Mitte Juni bemerkt Pat. in der Mitte der r. Unterlippe ein Stecknadelkopf grosses Bläschen; das Bläschen sei wiederholt ausgeschworen, habe sich in der ersten Zeit langsam, dann rascher vergrössert; in den letzten 4 Wochen soll es um die Hälfte gewachsen sein.

Bisher hat Pat., der nicht raucht, Umschläge gemacht.

St. pr. Auf der r. Hälfte der Unterlippe ein 2 cm breites, flaches Geschwür, dessen Ränder verdickt sind. Geschwürsgrund wenig zerklüftet. Drüsenschwellung nicht fühlbar.

Op. 31. X. 95. Keilexcision. Naht.

St. b. Austr. In Heilung begriffen, auf Wunsch entlassen. Auf. 5 Tage.

Lebt rezidivfrei.

Fall XXXII.

B. Martin, 68 J., Taglöhner, Helchenbach. Anfangs März dieses Jahres bemerkte Pat. in der Mitte der Unterlippe ein kleines Bläschen, das nach einiger Zeit schwielig geworden sein soll; das Geschwür nahm besonders nach der r. Seite hin zu. Pat. raucht nicht.

St. pr. Die rechte Hälfte der Unterlippe nimmt ein Geschwür ein mit zerklüfteten harten Rändern und tiefem, eitrig belegtem Grunde; durch die ganze Lippe ist eine dreieckige Verhärtung zu fühlen. Drüsenschwellung nicht nachweisbar.

Op. 31. X. 95. Keilexcision, Kollodiumverband.

St. b. Austr. In Heilung begriffen, auf Wunsch entlassen. Auf. 4 Tage.

Nachforschung hatte keinen Erfolg.

Aus den Krankengeschichten ersehen wir zunächst, dass es sich nur bei 28 Personen um eine primäre Erkrankung handelte, während bei 4 bereits Rezidive operiert wurden. Es sind dies die Fälle VI, VII, XXIII und XXVIII.

Fall VI. Pat. wurde innerhalb 3 J. zum 4. Male operirt, wurde als geheilt entlassen, starb aber bereits 3/4 Jahr später an einem bald nach der Operation aufgetretenen Rezidive. Nach erhaltener Mitteilung soll der ganze Kopf eine Geschwulst, infolgedessen der Pat. dem Hungertode nahe gewesen sein, als diese Geschwulst an vielen Stellen aufbrach und so dem Pat., bevor er seinem furchtbaren Leiden erlag, noch einige Erleichterung geschaffen wurde.

Fall VII. Pat. unterzog sich zum 3. Male der Operation, erlag aber einem 4 Monate nach derselben an der alten Stelle aufgetretenen Rezidive 1 Jahr später.

Fall XXIII. Innerhalb 4 Jahren die 4. Operation. Weiteres Schicksal unbekannt.

Fall XXVIII. Pat. wurde in 2 J. 3mal operirt, und hat jetzt schon ein inoperables Rezidiv.

Von den übrigen 28 Fällen sind 2 schon wegen eines Rezidives wieder operirt worden, nämlich Fall XVII und XX. Im ersteren Falle hatte das Rezidiv den r. Mundwinkel und Oberlippe, im zweiten die Unterkinngegend ergriffen. Beide Kranke sind auch schon verstorben, der erstere an einem Rezidive, das 3 Monate nach der 2. Operation am Halse sich zeigte; von der zweiteren erhielten wir nur die Mitteilung ihres Todes, ohne Angabe der Ursache.

Eine wie ungünstige Prognose einmal aufgetretene Rezidive haben, zeigen diese Fälle wohl zur Genüge.

Ueber die Dauer der primären Erkrankung vor der Operation finden wir die verschiedensten Angaben.

Tabelle IV.

Es bestand das Leiden in	1 Falle	seit	30 Jahren
„	1 „	„	15 „
„	2 Fällen	„	10 „
„	4 „	„	5 „
„	5 „	„	2 „
„	3 „	„	1½ „
„	4 „	„	1 Jahre
„	5 „	„	½ „
„	3 „	„	¼ „

Beinahe drei Viertel (20) der primären Fälle sind demnach in den ersten 2 Jahren des Bestehens zur Operation gekommen, was für die radikale Heilung von unschätzbarem Werte und wohl zum grossen Teil Verdienst der behandelnden Aerzte ist, die den malignen Charakter der Neubildung frühzeitig erkannten und die Patienten zu veranlassen wussten, sich sobald als möglich der Operation zu unterziehen, da die Kranken selbst den oft kleinen, schmerzlosen Veränderungen, wie schon oben bemerkt, keine oder nur geringe Beachtung schenken.

Eine Drüsenschwellung und zwar der Submaxillardrüsen war vorhanden in 7, der Submentaldrüsen in 5 Fällen. Keine Schwellung war zu fühlen bei 8 Patienten. Bei den übrigen 6 Kranken findet sich in den Krankengeschichten keine Notiz hierüber. Es ist aber wohl anzunehmen, dass eine Infiltration der Drüsen bei diesen nicht nachweisbar war, da doch immer

daraufhin untersucht, und wenn eine solche gefunden, gewiss auch vermerkt worden wäre.

Was den Sitz der Erkrankung anbelangt, so war

Tabelle V.

dieser 7	mal	die	ganze Unterlippe
6	„	„	r. Seite der Unterlippe
5	„	„	Mitte „ „
6	„	„	l. Seite „ „
1	„	„	ganze Oberlippe
1	„	„	l. Hälfte der Oberlippe.

Die Art der Operation zeigt uns folgende Zusammenstellung; sie umfasst die Methoden bei sämmtlichen Fällen, auch die der 2. Operation bei oben angeführten 2 Kranken.

Tabelle VI.

Excision durch einen runden Schnitt	11 mal
„ „ „ rechteckigen Schnitt	2 mal
„ „ „ keilförmigen „	6 „
„ und Drüsenexstirpation	9 „
„ „ „ u. Knochenresektion	4 „

In 15 Fällen konnte die Wunde durch Nähte direkt vereinigt werden, 3 mal wurden durch die Mundwinkel parallel der Mundspalte Entspannungsschnitte gemacht.

Nachfolgende Plastik war 14 mal nöthig; sie wurde ausgeführt nach Jaesche 3 mal, nach von Bruns mittelst eines oder zweier Wangenlappen 6 mal und nach von Langenbeck mittelst eines Kinnlappens 1 mal. In 4 Fällen musste wegen der Ausdehnung

und des Sitzes der Erkrankung eine grössere, für den einzelnen Fall passende Plastik vorgenommen werden.

Die Mortalität infolge der Operation war gleich Null. Geheilt entlassen wurden 21 Patienten, in Heilung begriffen, aber nicht arbeitsfähig, 6, ungeheilt 3. Der Aufenthalt in der Anstalt betrug 4 bis 58 Tage.

Gestorben sind nach der Operation:

an einem Rezidiv . . . . 6 Kranke,
an einer andern Krankheit . . . . . . 1 Patient,
aus unbekannter Ursache . . . . 3 Kranke.

Es leben mit inoperabelem Rezidiv 2, rezidivfrei 15 Personen.

Die Zeit seit der Operation, d. h. die Dauer der Heilung beträgt

bei Fall	III	5	Jahre,	—	Monate,
»	V	4	»	10	»
»	VIII	4	»	5	»
»	X	4	»	—	»
»	XIII	3	»	8	»
»	XV	3	»	1	»
»	XIX	2	»	2	»
»	XXI	1	Jahr	10	»
»	XXII	1	»	10	»
»	XXIV	1	»	6	»
»	XXV	1	»	4	»
»	XXVI	1	»	1	»
»	XXVII	—	»	11	»
»	XXIX	—	»	9	»
»	XXXI	—	»	4	»

Schliessen wir die 4 Rezidivfälle, sowie die 5 Fälle, bei welchen eine Nachforschung keinen Erfolg hatte,

aus, so ergiebt sich für die noch bleibenden 23 folgendes:

Gestorben an Rezidive sind 4 Kranke oder 17,39%;

gestorben an einer anderen Krankheit, aber rezidivfrei geblieben 1 Kranker oder 4,35%;

gestorben, ohne Angabe der Ursache 2 Pat. oder 8,69%.

Es lebt mit inoperabelem Rezidiv 1 Kranker oder 4,35% und

rezidivfrei sind bis jetzt 15 Patienten oder 65,22%.

Dieses Ergebnis dürfen wir wohl, wenn auch bei den letzten Fällen noch nicht lange Zeit nach der Operation verstrichen ist, als ein gutes bezeichnen.

An dieser Stelle sei es mir vergönnt Herrn Professor Dr. Angerer für die freundliche Ueberlassung dieser Arbeit den gebührenden Dank auszusprechen.

Litteratur.

Alberts: Das Carcinom in historischer und experimentell-pathologischer Beziehung.

Tiersch: Der Epithelialkrebs, namentlich der Haut.

Waldeyer: Die Entwicklung des Carcinoms. Virchows Archiv XVI p. 470.

Fischer: Ueber Ursachen der Krebskrankheit und ihre Heilbarkeit durch das Messer. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig 1881.

Eulenburg: Realencyklopädie der gesammten Medizin. IV. Band. 1894.

von Winiwarter: Beiträge zur Statistik der Carcinome. Stuttgart 1878.

Koch: Beitrag zur Statistik des Carcinoma labii infer. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig 1881.

Lanzberg: Ueber Operationserfolge bei Lippencarcinomen. Erlangen 1893. Diss.

Tillmanns: Lehrbuch der spez. Chirurgie. I. Teil. Leipzig 1896.



